



HÁBITOS Y PROBLEMAS DE SUEÑO EN NIÑOS CON SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA

MIREIA ORGILÉS, IVÁN FERNÁNDEZ Y JOSÉ P. ESPADA

Facultad de Ciencias Sociosanitarias, Universidad Miguel Hernández, Elche, España

Resumen: El presente estudio tiene como objetivo examinar los hábitos y problemas de sueño en niños con síntomas depresivos en comparación con los que no manifiestan sintomatología depresiva. Participaron 677 niños de entre 8 y 12 años, el 49,6% varones, que completaron el Inventario de Depresión Infantil y el Autoinforme de Sueño Infantil. Los niños con sintomatología depresiva mostraron peores hábitos y más problemas relacionados con el sueño, en concreto rutinas menos adecuadas a la hora de dormir, menor calidad del sueño, mayor rechazo al acostarse y más ansiedad relacionada con el sueño. Los hábitos y problemas de sueño mostraron ser variables predictoras de la sintomatología depresiva. El problema de sueño más frecuente fue el insomnio intermedio, con un porcentaje mayor de niños con sintomatología depresiva que lo manifiestan frente a los que no presentan síntomas depresivos. Se destaca la importancia de atender a los hábitos y problemas de sueño para intervenir de forma más adecuada en dicha sintomatología durante el tratamiento de la depresión infantil.

Palabras clave: Sintomatología depresiva; hábitos y problemas de sueño; niños.

Habits and sleep problems in children with depressive symptoms

Abstract: The aim of this study was to examine the habits and sleep problems in children with depressive symptoms compared to children with non-depressive symptoms. Participants were 677 children aged 8 to 12 years, 49.6% male, who completed the Child Depression Inventory and the Sleep Self-Report. Children with depressive symptoms had worse habits and more sleep-related problems than those without depressive symptoms; specifically, they had less suitable bedtime routines, worse sleep quality, more refusal behaviour to go to bed, and more anxiety related to sleep. Habits and sleep problems were predictors of depressive symptoms. The more frequent sleep problem was intermediate insomnia, with a higher percentage of children with depressive symptoms that had this sleep problem than children without depressive symptoms. The findings of this study highlight the importance of addressing habits and sleep problems in order to intervene more appropriately in these symptoms during the treatment for childhood depression.

Key words: Depressive symptoms; habits and sleep problems; children.

La prevalencia de la depresión infantil oscila entre un 1,6% y un 8,1%, elevándose este porcentaje hasta el 14,4% en población clínica (Aláez, Martínez-Arias y Rodríguez-Sutil, 2000; Bragado, Bersabé y Carrasco, 1999; Canals y Domenech, 1990; Del Barrio, Frías y Mestre, 1994; Del Barrio, Moreno y López, 2001; Polaino-Lorente, Mediano Cortes y Mar-

tínez, 1997; Rivas, Vázquez y Pérez, 1995). En población adolescente la prevalencia varía entre un 3,5% y un 10,3 %, llegando a alcanzar en población clínica el 19,5% (Aláez, et al., 2000; Canals, Doménech-Llaberia, Fernández-Ballart y Martí-Henneberg, 2002; Escribá, et al., 2005). Los datos de estudios internacionales no distan mucho de los encontrados en población española, situándose la prevalencia de la depresión entre un 1,3 y un 12,3% en población comunitaria y un 22% en población clínica (Costello, Erkanli y Angold, 2006; Dalley, Bolocofsky, Alcorn y Baker, 1992; Dunn y Goodyer, 2006).

Recibido: 20 marzo 2013; aceptado 19 mayo 2013.

Correspondencia: Mireia Orgilés, Universidad Miguel Hernández de Elche, Departamento de Psicología de la Salud, Avda. de la Universidad s/n, 03202 Elche (Alicante), España. Correo-e: morgiles@umh.es

De los estudios de prevalencia se infiere que la depresión infanto-juvenil es un problema que está alcanzando cotas preocupantes, tratándose de uno de los cuatro trastornos que más asistencia clínica requieren en España (Bragado et al., 1999). La depresión se manifiesta en niños y adolescentes con diversos y variados síntomas, que pueden diferir de los síntomas que presentan los adultos. La sintomatología depresiva en los adolescentes se relaciona con los acontecimientos vitales, de modo que los eventos negativos familiares, escolares y de salud la aumentan, mientras que los sociales la disminuyen (Ferreira, Granero, Noorian, Romero y Domènech, 2012). Entre los síntomas más aceptados para el diagnóstico de depresión en población infantil destacan la baja autoestima, los relacionados con el sueño y la alimentación, el aislamiento social, la hiperactividad y la disforia (Del Barrio, 1990). Los trastornos del sueño se han considerado como síntomas de la depresión infantil desde las primeras descripciones del trastorno. En 1973, Weinberg, Rutman, Sullivan, Pencik y Dietz los incluyen en su listado de los diez síntomas característicos de la depresión infantil. Según la revisión de Poznanski, Cook, Carroll y Corzo (1983), los trastornos del sueño, junto con la disforia, la fatiga y la afectación cognitiva, se recogen como síntomas para su diagnóstico en las clasificaciones más aceptadas: los Criterios Diagnósticos de Investigación (RDC; Spitzer, Endicott y Robins, 1978), el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III; Asociación Americana de Psiquiatría, 1980), los criterios de Weinberg et al. (1973), y los criterios de Poznanski et al. (1979). La relación entre los problemas de sueño y la depresión ha sido ampliamente estudiada con población adulta (p.e., Krahn, 2005). Sin embargo, son escasos los estudios llevados a cabo para conocer qué alteraciones del sueño son características en los niños y adolescentes con síntomas depresivos. Méndez (1998) describe la sintomatología depresiva en función de la edad del niño, destacando como problemas del sueño durante la edad preescolar y escolar las pesadillas, los terrores nocturnos, la resistencia a irse a la cama y el insomnio intermedio, así como el insomnio e hipersomnia durante la adolescencia. Estudios

internacionales relacionan la depresión infantil y adolescente con los problemas de sueño, en concreto con el sueño de corta duración (Gangwisch et al., 2010), el sueño fragmentado (Wojnar et al., 2010), o el retraso al ir a dormir (Lin, Lin, Hsie y Tung, 2011), entre otros.

A pesar del consenso de que los problemas de sueño son un síntoma común de la depresión infantil, existen hasta el momento escasos estudios con población española que examinen las características del sueño en los niños con sintomatología depresiva. Por tanto, el objetivo de este estudio es evaluar los hábitos y problemas de sueño en una muestra de niños de edad escolar con puntuaciones altas en sintomatología depresiva en comparación con un grupo de niños sin síntomas depresivos. Además, se analiza el valor predictivo de los problemas del sueño en relación con los diferentes factores que componen la estructura del constructo de depresión de acuerdo con el Inventario de Depresión Infantil (Kovacs, 1992). Por último, se examinan los problemas del sueño más frecuentes así como la existencia de diferencias en función del género en los niños con síntomas depresivos. De acuerdo a estudios previos internacionales (p.e. Lin et al., 2011) se hipotetiza que los niños con depresión infantil manifestarán más problemas de sueño y peores hábitos al ir a dormir que los que presentan un buen estado de ánimo, y que los problemas de sueño serán predictores de la sintomatología depresiva. Conforme a estudios previos llevados a cabo con población normal (Orgilés, Owens, Piqueras, Espada y Carballo, 2012; Seo et al., 2010), no se espera hallar diferencias en los hábitos y problemas de sueño en función del género, excepto en la ansiedad relacionada con dormir, más frecuente en niñas que en niños.

MÉTODO

Participantes

La muestra de este estudio transversal está formada por 677 niños de edades comprendidas entre 8 y 12 años ($M = 10,85$ años; $DT = 0,97$), el 49,6% varones. El 77,4% ($n = 524$) tenían padres casados, el 16,1% ($n = 109$) padres se-

parados o divorciados, el 4,9% ($n = 33$) tenían padres que vivían juntos sin estar casados, el 1,5% ($n = 10$) eran huérfanos, y el 0,1% ($n = 1$) tenía madre soltera. Respecto a la nacionalidad de los participantes, el 86,6% eran españoles y el resto eran nacidos en otros países de habla española. A partir de la muestra total se establecieron dos subgrupos en función de sus puntuaciones altas o bajas en sintomatología depresiva. La edad media de los participantes con síntomas depresivos era de 10,93 ($DT = 1,31$) y la de los que no presentaban síntomas de 10,28 ($DT = 1,24$). El porcentaje de varones era de 50,9% y 49,8% respectivamente en ambos grupos. No se hallaron diferencias significativas en la edad media, género y situación familiar entre ambos grupos ($p > 0,05$).

Instrumentos de evaluación

Inventario de Depresión Infantil (CDI; Kovacs, 1992). El CDI es uno de los instrumentos más utilizados para evaluar la depresión infantil en niños y adolescentes. Está formado por 27 ítems que se agrupan en dos subescalas: disforia y autoestima negativa. El inventario mide sintomatología depresiva, recabando principalmente información sobre los siguientes síntomas: estado de ánimo deprimido, problemas interpersonales, sentimientos de ineffectividad, anhedonia y autoestima baja o negativa. Cada ítem consta de tres opciones de respuesta (0 = *ausencia de sintomatología*; 1 = *sintomatología leve*; 2 = *sintomatología depresiva*). La puntuación máxima que puede obtenerse en la escala es de 54 puntos. Se considera 19 el punto de corte para identificar síntomas elevados de depresión (Domènech y Polaino-Lorenate, 1990; Ezpeleta, Osa, Gratacos y Pons, 1992). La prueba puede ser aplicada individual o colectivamente, recomendándose su aplicación individual en niños pequeños y en población clínica, y su uso colectivo en investigación y como medida de screening. La versión española del CDI (Del Barrio y Carrasco, 2004) posee unas adecuadas propiedades psicométricas: una consistencia interna de 0,79 y una fiabilidad test-retest de 0,38 en un intervalo de dos semanas.

Autoinforme de Sueño Infantil (SSR; Orgilés et al., 2012). El Autoinforme de Sueño Infantil está formado por 16 ítems y cuatro subescalas: a) Calidad del sueño (5 ítems), que hace referencia a la experiencia subjetiva del niño que incluye la sensación de haber descansado y la satisfacción con el sueño, b) Ansiedad relacionada con dormir (5 ítems), referente al miedo del niño por la noche, que incluye las conductas de afrontamiento y de seguridad que lleva a cabo, c) Rechazo a dormir (3 ítems), que incluye la evitación del niño a ir a la cama y quedarse acostado, y d) Rutinas para ir a dormir (3 ítems), que examina los hábitos diarios al ir a la cama y las ayudas que el niño necesita para dormir. La escala de respuesta consta de tres puntos (0 = *pocas veces*; 1 = *algunas veces*; 2 = *normalmente*), y la puntuación total que se puede obtener oscila en un rango de 0 a 32. El Autoinforme de Sueño Infantil es la versión breve española del Sleep Self-Report (SSR; Owens, Maxim, Nobile, McGuinn y Msall, 2000), que fue creado inicialmente para su uso con niños de habla inglesa con el fin de evaluar los patrones y problemas de sueño en edades entre 8 y 12 años. El SSR posee adecuadas propiedades psicométricas con muestra española, con una consistencia interna de 0,85 para la escala total (Orgilés et al., 2012).

Procedimiento

Para llevar a cabo este estudio se seleccionaron al azar siete colegios públicos y concertados de la provincia de Alicante. Se obtuvo la autorización de los directores de los centros escolares y el consentimiento informado de los padres, con una respuesta positiva del 95% de los padres. Previamente a la distribución de los cuestionarios, se llevó a cabo una lectura en voz alta de las instrucciones, se pidió sinceridad en las respuestas y se informó a los participantes de que podían levantar la mano ante cualquier tipo de duda. La aplicación de los cuestionarios, que fueron cumplimentados de forma anónima, tuvo lugar en las aulas y en horario escolar. El estudio fue valorado y aprobado por el Comité de Ética de la institución de la que forman parte los autores.

Análisis estadístico

Los análisis estadísticos se han llevado a cabo mediante el programa PASW Statistics, Versión 18.0 (SPSS Inc). Con el fin de estudiar las diferencias en los hábitos y problemas de sueño en función de la presencia o no de sintomatología depresiva, se realizó un contraste de medias de dos grupos independientes mediante la prueba *t*-Student con un nivel de significación de 0,01. Previamente se dicotomizó la variable sintomatología depresiva tomando como punto de corte una puntuación de 19 en el CDI. Se halló el tamaño del efecto de Cohen de las comparaciones que resultaron significativas, considerándose 0,20 un tamaño pequeño, 0,50 medio y 0,80 grande. Se halló la correlación entre las variables de sueño infantil en la submuestra de niños con y sin sintomatología depresiva. Para determinar los factores predictores de la sintomatología depresiva, se llevaron a cabo análisis de regresión múltiple, introduciendo como variables dependientes las puntuaciones de los participantes en disforia, autoestima y depresión en general, y como variables independientes los hábitos y problemas de sueño infantil. Por último, se examinó la existencia de diferencias significativas en los hábitos y problemas de sueño de los niños con síntomas depresivos en función del sexo mediante la prueba *t*-Student.

RESULTADOS

Teniendo en cuenta el punto de corte en el CDI, el 8% ($n = 54$) del total de la muestra ($n = 677$) mostraba sintomatología depresiva. En la Tabla 1 se presentan las medias y desviaciones típicas de los sujetos con sintomatología depresiva y sin ella, en cada subescala del SSR. Además, se muestra el resultado de la comparación de medias, así como los tamaños del efecto obtenidos. Se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación total y en todas las subescalas del autoinforme. Los resultados muestran que los niños con sintomatología depresiva presentan en general peores hábitos y más problemas de sueño que el grupo con ausencia de ella ($p < 0,001$), en

concreto peor calidad del sueño, menos rutinas para ir a dormir, más ansiedad y más rechazo a ir a la cama. Atendiendo a los criterios de Cohen, el tamaño del efecto es grande para la puntuación total ($d = 1,14$). En las cuatro subescalas del SSR también se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos, con mayores puntuaciones en el subgrupo con sintomatología depresiva. Los tamaños del efecto fueron grandes para las subescalas Calidad de sueño ($d = 0,92$) y Ansiedad relacionada con dormir ($d = 0,72$) y medios para las subescalas Rechazo a dormir ($d = 0,67$) y Rutinas para ir a dormir ($d = 0,55$).

Se halló la correlación entre las variables de sueño en cada submuestra (Tabla 2). En los niños con sintomatología depresiva fueron significativas las correlaciones entre el rechazo a dormir y la calidad de sueño, de modo que a mayor rechazo a ir a la cama peor calidad de sueño, y entre las rutinas y la ansiedad relacionada con dormir, manifestando mayor ansiedad los niños con peores hábitos para ir a la cama. En los niños sin síntomas depresivos todas las correlaciones fueron significativas.

Se realizaron análisis de regresión para examinar el valor predictivo de los hábitos y problemas de sueño en la sintomatología depresiva (Tabla 3). Se consideraron como variables predictoras las subescalas del Autoinforme de Sueño Infantil y como variables dependientes los factores del Inventario de Depresión Infantil. Para la disforia, los hábitos y problemas de sueño predicen de forma conjunta hasta un 25% de varianza de sintomatología depresiva ($R^2 = 0,25$; $F = 56,66$; $p = 0,000$). Para la autoestima el modelo permite una estimación correcta del 22% ($R^2 = 0,22$; $F = 47,43$; $p = 0,000$), y para la depresión del 19% ($R^2 = 0,19$; $F = 39,61$; $p = 0,000$).

Se examinaron los problemas de sueño más frecuentes en los niños con y sin sintomatología depresiva, graduándolos en base a la frecuencia con la que manifestaban su ocurrencia como «normalmente». El ítem «¿Te cuesta dormirte otra vez si te despiertas por la noche?» fue el de mayor frecuencia con un 57 y 29% de los participantes con y sin síntomas depresivos, respectivamente, que informaban que les ocurría de forma habitual. Se hallaron diferencias

Tabla 1. Diferencias en hábitos y problemas de sueño en niños con y sin sintomatología depresiva

	Niños con sintomatología depresiva (<i>n</i> = 54)		Niños sin sintomatología depresiva (<i>n</i> = 623)		<i>t</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>		
Calidad del sueño	4,26	2,53	2,24	1,78	5,74***	0,92
Rutinas para ir a dormir	1,41	1,49	0,67	1,19	3,56**	0,55
Ansiedad relacionada con dormir	3,41	2,61	1,77	1,86	4,54***	0,73
Rechazo a dormir	2,33	1,70	1,29	1,35	4,36***	0,67
Sueño total	11,41	5,37	5,96	4,14	7,27***	1,14

Nota: ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$; *d* = tamaño del efecto de Cohen

Tabla 2. Correlación entre las variables de sueño infantil en niños con y sin sintomatología depresiva

		Calidad del sueño	Rutinas para ir a dormir	Ansiedad relacionada con dormir
Con sintomatología depresiva (<i>n</i> = 54)	Rutinas para ir a dormir	0,14	-	-
	Ansiedad relacionada con dormir	0,18	0,40**	
	Rechazo a dormir	0,33*	-0,03	0,18
Sin sintomatología depresiva (<i>n</i> = 623)	Rutinas para ir a dormir	0,14**	-	-
	Ansiedad relacionada con dormir	0,33**	0,32**	
	Rechazo a dormir	0,35**	0,16**	0,18**

Nota: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Tabla 3. Resultados del análisis de regresión para la sintomatología depresiva

Variables dependientes	Variables predictoras	B	ET	<i>t</i>	<i>p</i>
Depresión	Calidad del sueño	0,33	0,12	8,83	0,000
	Rutinas para ir a dormir	0,14	0,18	3,80	0,000
	Ansiedad relacionada con dormir	0,11	0,12	2,95	0,003
	Rechazo a dormir	0,12	0,16	3,39	0,001
Disforia	Calidad del sueño	0,31	0,07	7,96	0,000
	Rutinas para ir a dormir	0,14	0,11	3,83	0,000
	Ansiedad relacionada con dormir	0,09	0,07	2,33	0,002
	Rechazo a dormir	0,12	0,09	3,35	0,000
Autoestima	Calidad del sueño	0,29	0,07	7,49	0,000
	Rutinas para ir a dormir	0,10	0,09	2,79	0,001
	Ansiedad relacionada con dormir	0,11	0,06	2,85	0,000
	Rechazo a dormir	0,09	0,09	2,55	0,001

Nota: B: coeficiente; ET: error típico de B.

significativas entre ambos grupos de estudio en el porcentaje de niños que manifestaban la mayoría de los problemas de sueño, siendo éstos más frecuentes en todos los casos en los niños que mostraban síntomas depresivos. En la Tabla 4 se presenta el porcentaje de niños con y sin sintomatología depresiva que manifiestan

presentar con frecuencia cada problema del sueño. Respecto a las diferencias en función del género, a pesar de que en general las niñas con sintomatología depresiva presentan puntuaciones más elevadas que los niños, no se hallaron diferencias significativas en los hábitos y problemas de sueño (Tabla 5).

Tabla 4. Porcentaje (y frecuencia) de niños que manifiestan tener normalmente cada problema de sueño

	Niños con sintomatología depresiva	Niños sin sintomatología depresiva	χ^2
No dormir en su cama	11 (6)	6 (36)	-1,61
Necesidad de dormir acompañado	11 (6)	7 (46)	-1,04
Dormir en la cama de los padres o hermanos	19 (10)	6 (39)	-3,40**
Necesidad de dormir con algún objeto	38 (20)	22 (134)	-0,72
Tener miedo a la oscuridad	13 (7)	8 (52)	-4,07***
Tener miedo de dormirse solo	17 (9)	4 (26)	-2,71**
Tener pesadillas	47 (25)	10 (64)	-1,21
Ir a la cama de alguien durante la noche	13 (7)	3 (19)	-4,04***
Sensación de dormir poco	47 (25)	14 (85)	-4,68***
Estar despierto por la noche	28 (15)	7 (45)	-6,35***
Dificultad para dormirse si se despierta	57 (30)	29 (181)	-5,18***
Despertarse por la noche por algún dolor	17 (9)	8 (52)	-4,16***
Sentirse adormilado durante el día	36 (19)	11 (71)	-7,63***
Discutir con los padres al ir a la cama	6 (3)	4 (23)	-2,10*
Resistencia a ir a la cama	45 (24)	21 (130)	-3,69***
Levantarse por la noche	26 (14)	7 (46)	-5,03***

Nota: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Tabla 5. Diferencias en hábitos de sueño en función del sexo en niños con sintomatología depresiva

	Niños ($n = 23$)		Niñas ($n = 30$)		t
	M	DT	M	DT	
Calidad del sueño	4	2,78	4,40	2,39	-0,56
Rutinas para ir a dormir	1,48	1,59	1,33	1,45	0,35
Ansiedad relacionada con dormir	3,17	2,62	3,67	2,63	-0,68
Rechazo a dormir	1,87	1,66	2,60	1,65	-1,59
Sueño total	10,52	5,85	12	5,04	-0,99

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio era evaluar los hábitos y problemas de sueño en una muestra de niños con puntuaciones altas en sintomatología depresiva en comparación con un grupo de niños sin síntomas depresivos, examinando la relación entre la depresión y el sueño infantil. Los resultados obtenidos evidencian la existencia de diferencias estadísticamente significativas y clínicamente relevantes en los hábitos y patrones de sueño entre los sujetos con sintomatología depresiva y los que presentaban un buen estado de ánimo. Las puntuaciones medias de los sujetos con depresión son más altas en todas las subescalas estudiadas y en la puntuación total, con una magnitud del efecto grande, lo que indica que los niños con sintomatología depresiva tienen peores hábitos de sueño y pre-

sentan más problemas relacionados con el sueño; en concreto, presentan rutinas menos adecuadas, menor calidad del sueño, mayor rechazo a dormir y mayor ansiedad. Además, los resultados de los análisis de regresión llevados a cabo muestran que los hábitos y problemas de sueño son predictores de la sintomatología depresiva, con un 25% de varianza explicada, así como de la disforia y de la autoestima negativa.

Pese a la falta de estudios similares al presente trabajo con población española, los datos obtenidos son coherentes con investigaciones internacionales que analizan variables relacionadas con el sueño infantil. En este sentido, según Gangwisch et al. (2010) existen evidencias de una fuerte relación entre el sueño de corta duración con la etiología de la depresión. Este estudio destaca que la imposición por par-

te de los padres de unos horarios que favorezcan el alargamiento del sueño, puede ser una variable protectora contra la depresión y la ideación suicida del adolescente. En otro estudio con niños y adolescentes se concluye que la muestra de sujetos que padecen obesidad y depresión tiene un sueño mucho más fragmentado que los sujetos sin dicho trastorno (Wojnar et al., 2010). Dicho estudio señala además la obesidad y los problemas de sueño como factores que pueden influir potencialmente en la aparición y desarrollo de la depresión. Gregory, Rijsdijk, Lau, Dahl y Eley (2009) apuntan una fuerte relación entre los problemas de sueño y la depresión en niños. Estos autores demostraron que los problemas de sueño eran un buen predictor de la depresión, al comprobar que los niños que a los 8 años padecían problemas de sueño manifestaban depresión a los 10 años de edad. Por su parte, Lin, et al. (2011) evidencian en su investigación con niños de Taiwán la relación entre el retraso a la hora de dormir y la aparición de depresión infantil. De este modo, se encontró que el riesgo de depresión en niños que se dormían más tarde de las diez o que no vivían en un ambiente familiar armonioso era entre cuatro y cinco veces más elevado que en los niños con buenos hábitos de sueño y buen ambiente familiar. Aunque no hallaron diferencias en la estructura del sueño y la somnolencia entre un grupo de niños mexicanos diagnosticados de depresión mayor y un grupo de control, Moo, Valencia, Ulloa, Ostrosky y Reyes (2010) destacan la importancia del sueño sobre las funciones cognoscitivas y en particular en los pacientes con depresión. Con adolescentes españoles, Antolín, Oliva, Reina y Pertegal (2011) hallaron relación entre las rutinas de sueño y el ajuste psicológico. Los resultados de su estudio señalan un peor ajuste psicológico en los adolescentes que mostraban un importante déficit de sueño los días de colegio y un retraso a la hora de dormirse los fines de semana.

El porcentaje de niños que manifiestan la mayoría de los problemas de sueño es mayor en el grupo con síntomas depresivos. El insomnio intermedio es la alteración del sueño más frecuente tanto en los niños con un buen estado de ánimo como en los que muestran sintomatología depresiva, con un 57% de éstos últimos que

manifiestan tener dificultad para dormirse de nuevo al despertarse en mitad de la noche. Este hallazgo coincide con la descripción de los síntomas depresivos de Méndez (1998), quien destaca el insomnio intermedio como característico en la edad escolar. El diferente patrón de correlaciones entre los problemas de sueño infantil hallado en función de presentar o no síntomas depresivos podría indicar que existe una mayor especificidad en los problemas de sueño que presentan los niños con sintomatología depresiva que en aquéllos que no manifiestan síntomas. Los problemas de sueño, al ser sintomáticos de la depresión, se presentan de forma más específica, de modo que un niño con depresión podría manifestar problemas de sueño muy diferentes a otro que también está diagnosticado de dicho trastorno. A pesar de que en general las niñas con síntomas depresivos obtienen puntuaciones más altas que los niños, en este estudio no se han hallado diferencias significativas en los hábitos y problemas de sueño. Dichos resultados son similares a los de estudios previos con población general que indican que las alteraciones del sueño no difieren en función del género, con la excepción de las manifestaciones de ansiedad relacionadas con el sueño, como por ejemplo los miedos nocturnos y las pesadillas, más prevalentes en las niñas que en los niños (Orgilés et al., 2012; Seo et al., 2010). Los resultados del presente estudio confirman con niños con síntomas depresivos los hallazgos en la población general. Sin embargo, como ocurre en población sin sintomatología, las niñas con síntomas depresivos no manifiestan más ansiedad relacionada con dormir que los niños.

Este estudio presenta algunas limitaciones a tener en cuenta. Hubiera sido interesante examinar las diferencias de edad en hábitos y problemas del sueño, si bien el bajo porcentaje de sujetos con síntomas depresivos en cada grupo de edad impidió realizar este análisis. Por otro lado, sería conveniente replicar el estudio con una muestra representativa y de mayor tamaño, puesto que la del presente trabajo es una muestra incidental cuya representatividad no está asegurada.

En cuanto a las aportaciones de este estudio su principal novedad es que se trata del primero

con muestra española que examina qué problemas específicos de sueño manifiestan los niños españoles con sintomatología depresiva así como la existencia de diferencias significativas entre los niños con sintomatología depresiva y los que tienen un buen estado de ánimo. Este estudio permite conocer los hábitos y problemas de sueño en los niños con depresión para de ese modo atender de forma más adecuada dicho síntoma en las intervenciones clínicas.

REFERENCIAS

- Aláez, M., Martínez-Arias, R., y Rodríguez-Sutil, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, 12, 525-532.
- Antolín, L., Oliva, A., Reina, M. C., y Pertegal, M. A. (2011). Rutinas de sueño y ajuste adolescente. *Behavioral Psychology*, 19, 541-555.
- Bragado, C., Bersabé, R., y Carrasco, I. (1999). Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. *Psicothema*, 11, 939-956.
- Canals, J., Domènech-Llaberia, E., Fernández-Ballart, J., & Martí-Henneberg, C. (2002). Predictors of depression at eighteen. A 7-year follow-up study in a Spanish nonclinical population. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 11, 226-233.
- Canals, J., y Domenech, E. (1990). Síntomas de ansiedad en las depresiones puberales: primeros resultados de un estudio epidemiológico longitudinal. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 17, 173-181.
- Costello, E. J., Erkanli, A., & Angold, A. (2006). Is there an epidemic of child or adolescent depression? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 1263-1271.
- Dalley, M. B., Bolocofsky, D. N., Alcorn, M. B., & Baker, C. (1992). Depressive symptomatology, attributional style, dysfunctional attitude, and social competency in adolescents with and without learning disabilities. *School Psychology Review*, 21, 444-458.
- Del Barrio, V., y Carrasco, M. A. (2004). *CDI: Inventario de Depresión Infantil*. Madrid: TEA Ediciones.
- Del Barrio, V., Frias, D., y Mestre, V. (1994). Autoestima y depresión en niños. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 47, 471-476.
- Del Barrio, V., Moreno, C., y López, R. (2001). Evaluación de la agresión y la inestabilidad emocional en niños españoles: su relación con la depresión. *Clínica y Salud*, 12, 33-50.
- Domènech, E., y Polaino-Lorente, A. (1990). *Epidemiología de la depresión infantil*. Espaxs: Barcelona.
- Dregan, A., & Armstrong, D. (2010). Adolescence sleep disturbances as predictors of adulthood sleep disturbances. A cohort study. *Journal of Adolescent Health*, 46, 482-487.
- Dunn, V., & Goodyer, I. M. (2006). Longitudinal investigation into childhood- and adolescence-onset depression: psychiatric outcome in early adulthood. *British Journal of Psychiatry*, 188, 216-222.
- Escribá, R., Maestre, C., Amores, P., Pastor, A., Miralles, E., y Escobar, F. (2005). Prevalencia de depresión en adolescentes. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33, 298-302.
- Ezpeleta, L., Osa, N., Gratacos, L. L., y Pons, D. (1992). Depresión y factores asociados en niños con puntuaciones extremas del CDI. *Revista de Psiquiatría Infantil*, 1, 9-49.
- Ferreira, E., Granero, R., Noorian, Z., Romero, K., y Domènech, E. (2012). Acontecimientos vitales y sintomatología depresiva en población adolescente. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 123-135.
- Fonseca-Pedrero, E., Pains, M., Lemos-Giráldez, S., y Muñoz, J. (2011). Prevalencia y características de la sintomatología depresiva en adolescentes no clínicos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39, 217-25.
- Gangwisch, J. E., Babiss, L. A., Malaspina, D., Turner, J. B., Zammitt, G. K., & Posner, K. (2010). Earlier parental set bedtimes as a protective factor against depression and suicidal ideation. *SLEEP*, 33, 97-106.
- Gregory, A. M., Rijdsdijk, F. V., Lau, J. Y. F., Dahl, R. E., & Eley, T. C. (2009). The direction of longitudinal associations between sleep problems and depression symptoms: a study of twins aged 8 and 10 years. *SLEEP*, 32, 189-199.
- Kovacs, M. (1992). *Manual of the Children's Depression Inventory*. Toronto: Multi-Heath Systems.
- Krahn, L. E. (2005). Psychiatric disorders associated with disturbed sleep. *Seminars in Neurology*, 25, 90-96.
- Lin, J. D., Lin, F. G., Hsie, Y. H., & Tung, H. J. (2011). Interactive effects of delayed bedtime and family-associated factors on depression in elementary school children. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 2036-2044.
- Méndez, X. (1998). *El niño que no sonríe*. Madrid: Pirámide.
- Moo, J. A., Valencia, M., Ulloa, R. E., Ostrosky, F., y Reyes, I. (2010). Estructura del sueño y funciones ejecutivas en niños con depresión. *Salud Mental*, 34, 459-468.
- Orgilés, M., Owens, J., Piqueras, J. A., Espada, J. P., & Carballo, J. L. (2012). Spanish version of the Sleep Self-Report (SSR): factorial structure and psychometric properties. *Child: Care, Health and Development*, 39, 288-295.

- Owens, J., Maxim, R., Nobile, C., McGuinn, M., & Msall, M. (2000). Parental and self-report of sleep in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 154, 549-555.
- Polaino-Lorente, A., Mediano Cortes, M. L., & Martínez Arias, R. (1997). Epidemiological study of the symptomatology of childhood depression in Madrid school-age population. *Anales Españoles de Pediatría*, 46, 344-350.
- Poznanski, E. O., Cook, S. C., Carroll, B. J., & Corzo, H. (1983). Use of the Children's Depression Rating Scale in an inpatient psychiatric population. *Journal of Clinical Psychiatry*, 44, 200-203.
- Rivas, M., Vázquez, J. L., y Pérez, M. (1995). Alteraciones psicopatológicas en la infancia: El niño en E.G.B. *Psicothema*, 7, 513-526.
- Seo, W. S., Sung, H. M., Lee, J. H., Koo, B. H., Kim, M. J., Choi, S., & Shin, J. H. (2010). Sleep patterns and their age-related changes in elementary-school children. *Sleep Medicine*, 11, 569-575.
- Spitzer, R., Endicott, J., & Robins, E. (1978). Research diagnostic criteria: rationale and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 35, 773-782.
- SPSS Inc. Released 2009. *PASW Statistics for Windows, Version 18.0*. Chicago: SPSS Inc.
- Weinberg, W. A., Rutman, J., Sullivan, L., Pencik, E. C., & Dietz, S. G. (1973). Depression in children referred to an educational diagnostic center. *Journal of Pediatrics*, 83, 1065-1072.
- Wojnar, J., Brower, K. J., Dopp, R., Wojnar, M., Emslie, G., Rintelmann, J., ... Armitage, R. (2010). Sleep and Body Mass Index in Depressed Children and Healthy Controls. *Sleep Medicine*, 11, 295—301.